

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Operação de alça (Sling)

↳ Eficácia

↳ 85% no 1º ano

↳ Continência a longo prazo

↳ Complicações

↳ Disfunção miccional – 12% (2-24%)

↳ Retenção urinária permanente – 1-2% 599.60

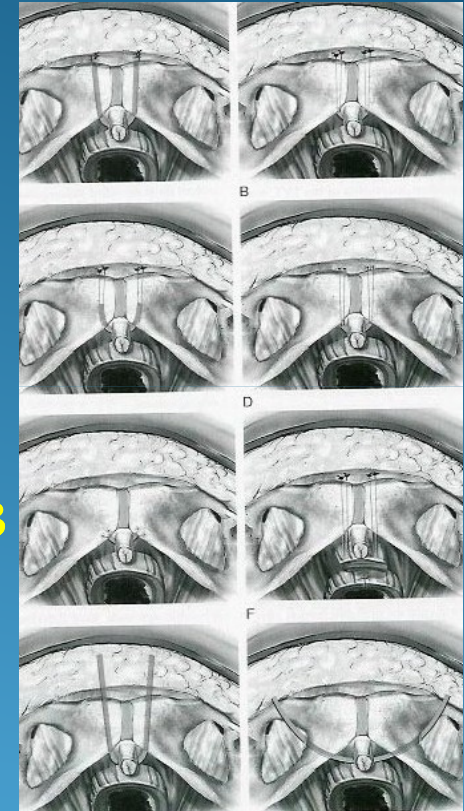
↳ Incontinência de Urgência – 7% (3-23%) 788.63

↳ Erosão vaginal / uretral – 5% 629.31

↳ Indicações

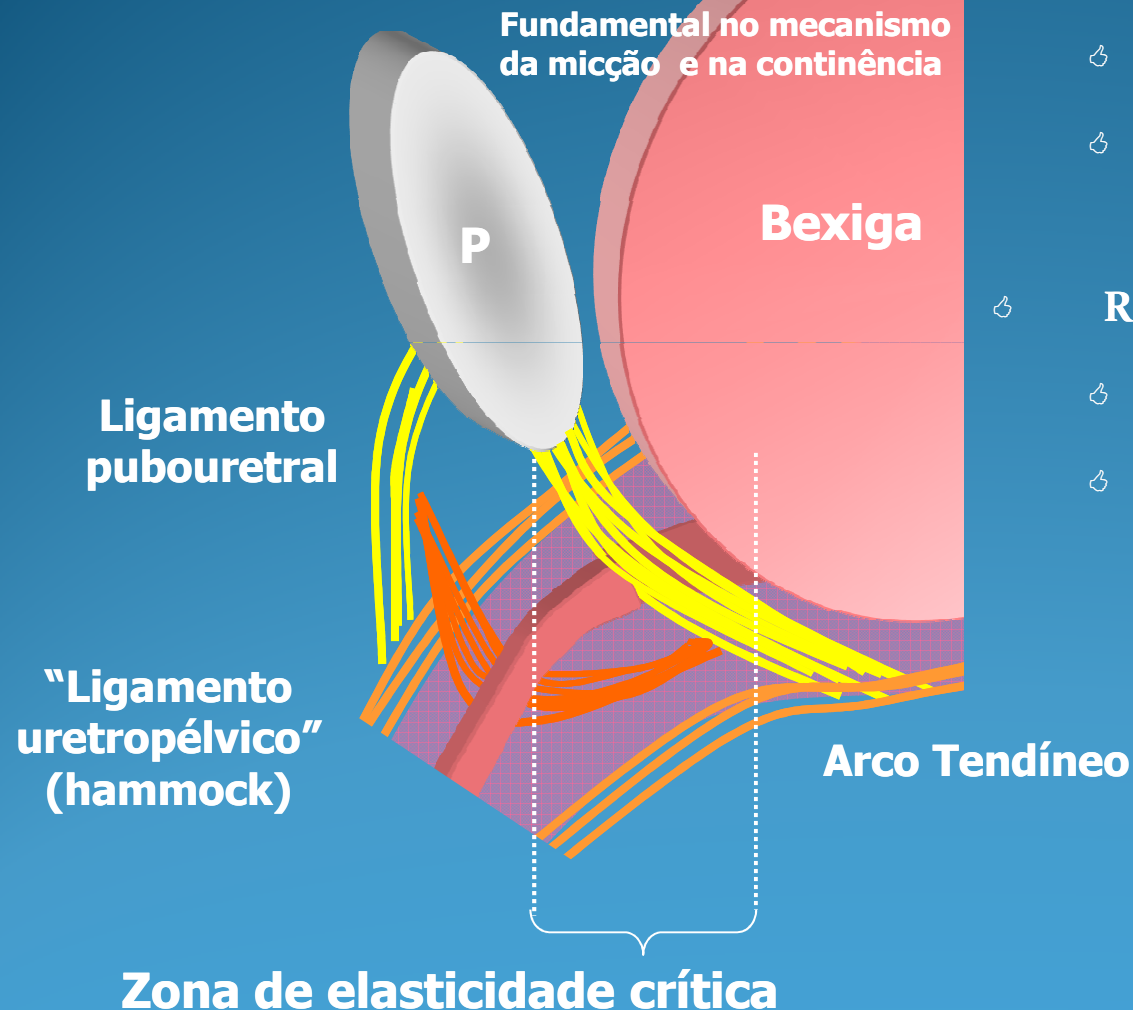
↳ IUE com insuficiência do esfíncter (tipo III)

↳ Recidiva de IUE após cirurgia de continência

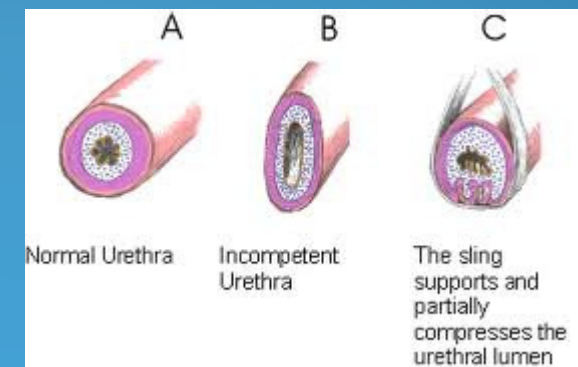


TRATAMENTO CIRÚRGICO

A uretra e os ligamentos



- Em 1993, Ulmsten e Petros
- Teoria Integral
- Hipótese de Hammock proposta por DeLancey e Richardson
- Recriação
- Ligamentos pubo-uretrais
- Suporte sub-uretral da vagina a nível da uretra média



TRATAMIENTO CIRÚRGICO

Cirugía IUE: Perspectiva Actual Sling suburetral

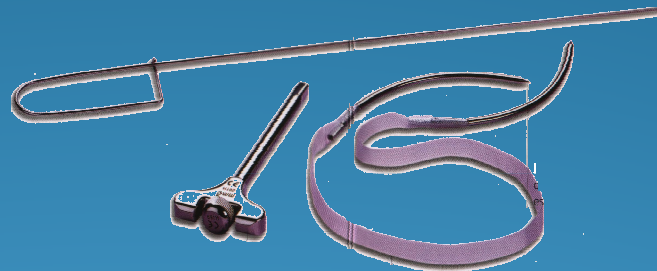
2001

Delorme



1995

Ulmsten



2008



2003

De Leval



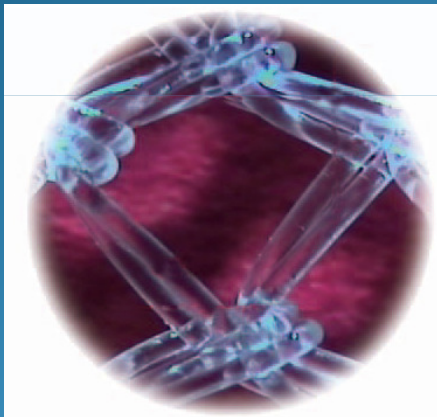
2006



2007

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Rede Prolene™ TVT exclusiva

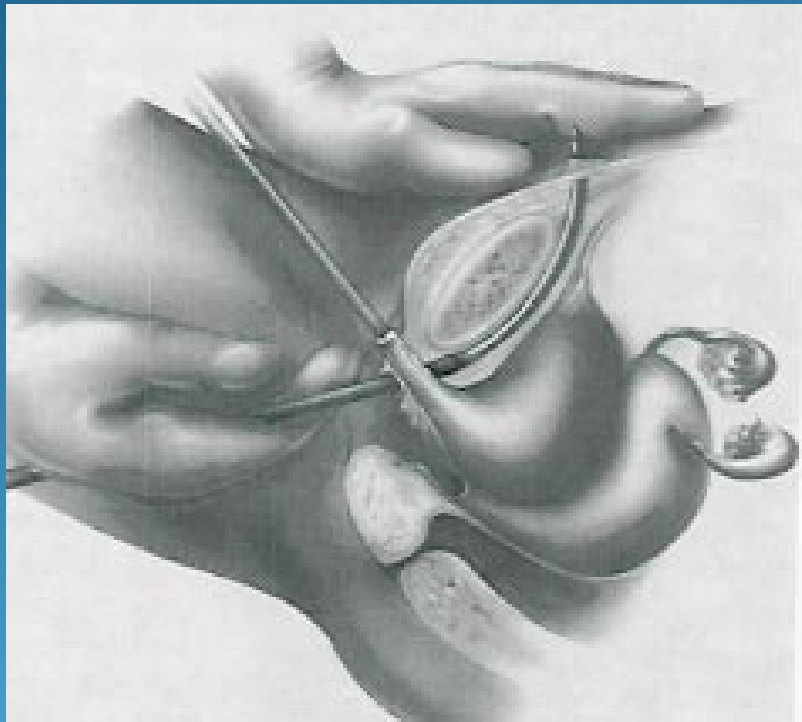
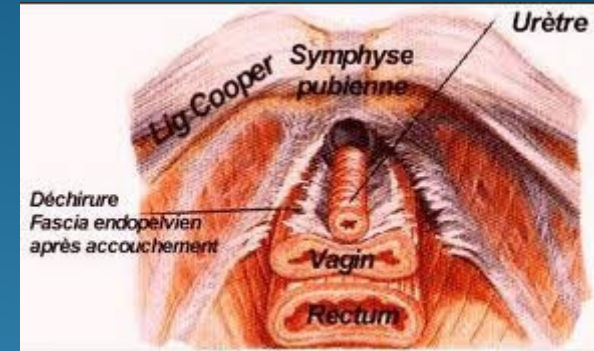


- **Monofilamento exclusivo:** Prolene™ é a sutura de polipropileno mais utilizada em todas as especialidades cirúrgicas, sendo mesmo a mais utilizada em cirurgia cardíaca. A estrutura monofilamentar Prolene™ cria uma reação ao corpo estranho mínima¹ e proporciona a máxima resistência contra as infecções.²⁻³⁻⁶⁻⁷
- **Elasticidade única:** A rede Prolene™ TVT é tecida por um processo, denominado interligação, que interliga cada uma das uniões das fibras e que lhe confere elasticidade em ambas as direcções. O TVT apresenta propriedades biomecânicas invulgares quando testado contra outros materiais de implante vulgarmente usados, demonstrando uma biocompatibilidade única.⁴
- **Estrutura macroporosa exclusiva:** O sistema de interligação permite a criação de uma estrutura de macroporos uniformes com um tamanho de poro sempre superior a 100µ. Demonstrou-se que as redes monofilamentares de macroporos proporcionam a melhor incorporação nos tecidos, a melhor resistência a infecções e um encolhimento mínimo durante o processo de cicatrização.⁴⁻⁵⁻⁶



TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via retro-púbica 59.79



Ostergard's
Urogynecology and pelvic floor dysfunction

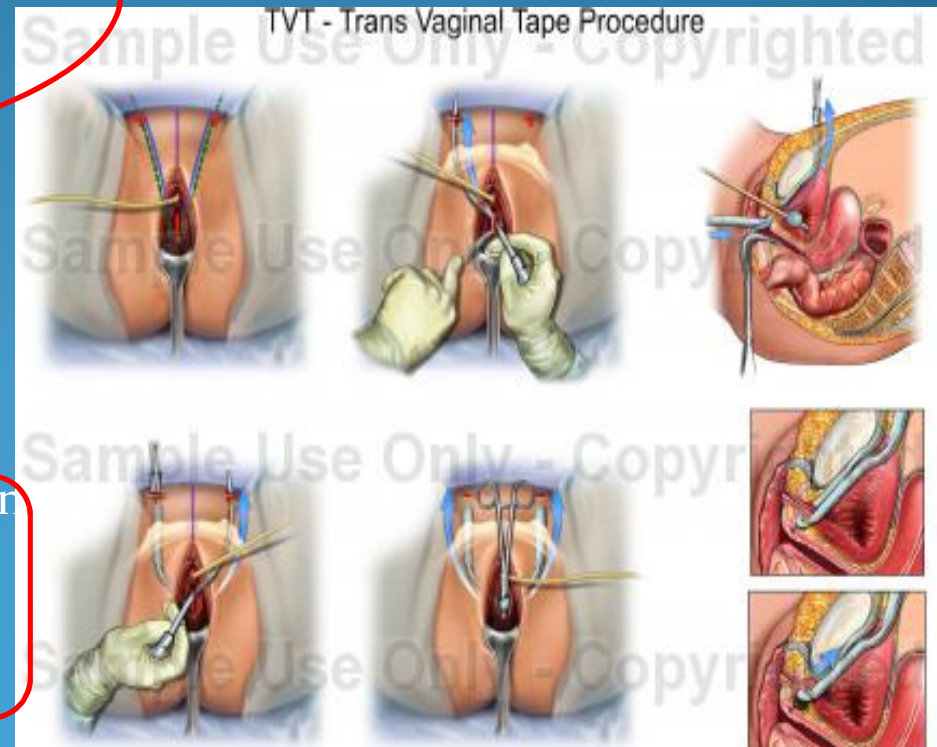
- The Gold Standard
- **Ambulatório**
- Prótese sintética de prolene tipo 1
- Livre de tensão na uretra média
- Taxa cura: 85-95%
- Procedimento duração 25 min
- Recuperação 3 – 7 dias
- > 1 milhão intervenções

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via retro-púbica

- complicações

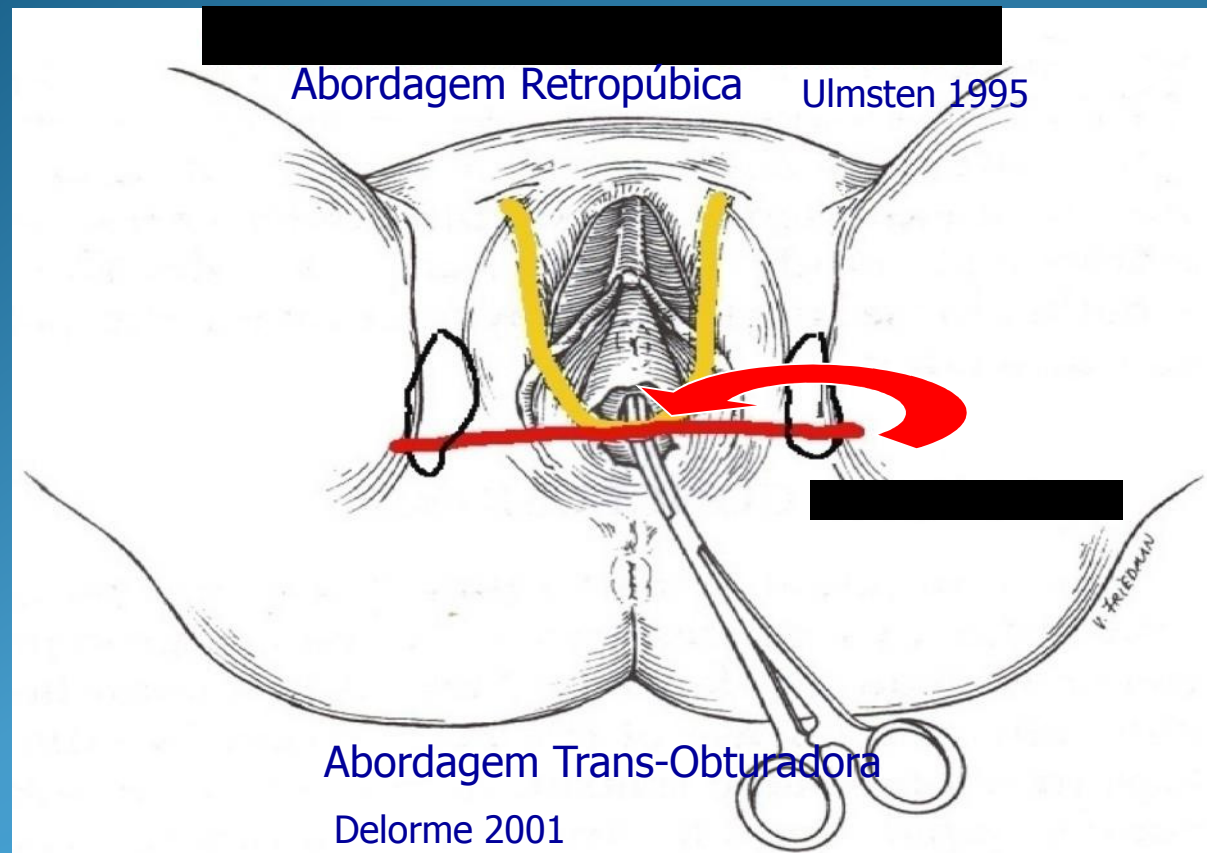
- 6% lesion bladder 596.9
- 5% hemorragia intra-operatória 998.11
- 6% urinary retention inc. 788.21
- Raras, mas graves complicações secundárias à passagem cega da agulha através do espaço retro-púbico
 - Perforation surgical, accidental instrument vessel, nerve 998.2
 - Perforation bowel 569.83



TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via trans-obturadora

Porquê a abordagem Trans-Obturadora?



Bexiga, uretra

Hemorragia, hematoma

Evita espaço retropúbico

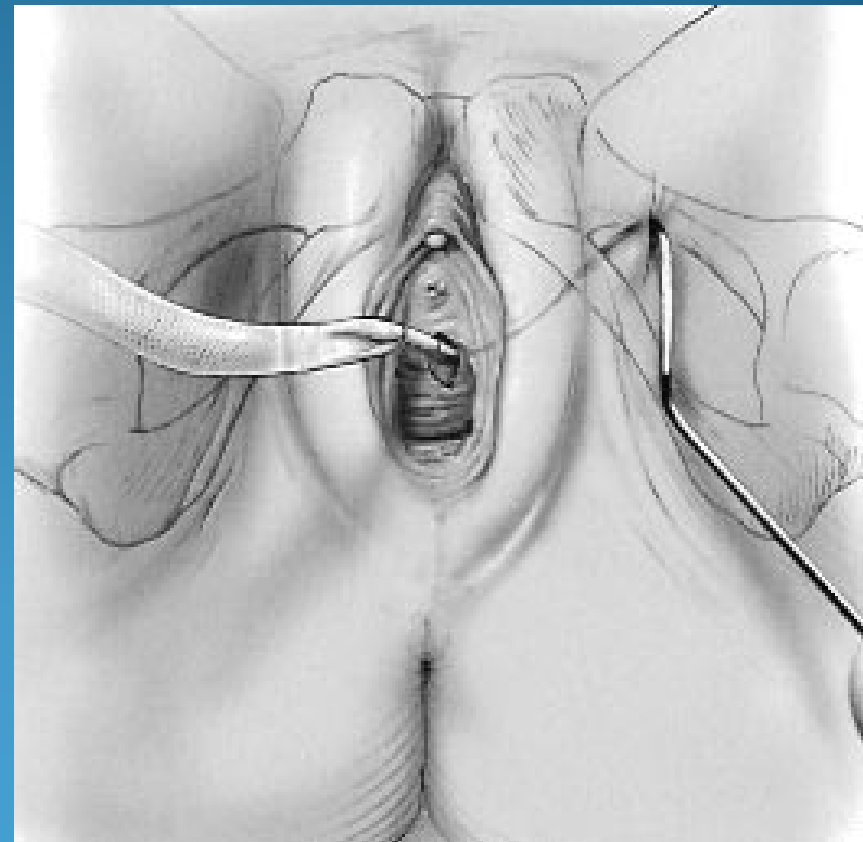
TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via trans-obturadora

- outside - in

- TOT

- Delorme 2001
- Evita espaço retro-púbico e as suas raras e graves complicações
- Inserção indirecta (4 passagens)
- Grande dissecação vaginal
 - Introdução do dedo
 - Infecção, erosão, deslocação rede
- Não necessita cistoscopia



Ostergard's
Urogynecology and pelvic floor dysfunction

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via trans-obturadora

- outside - IN

- Complicações: *R. De Tayrac*

- Perfuração sulco vaginal (2,7%) 623.8
- Lesão (lesion) vesical (0,7%) 596.9
- Lesão uretral (0,2%)
- Pain - na coxa (0,5%) 729.5

Hermieu et al. Prog Urol 2003

Delmas et al. Eur Urol Suppl 2003

Dargent et al. Gynecol Obstet Fertil 2002

Costa et al. Eur Urol 2004

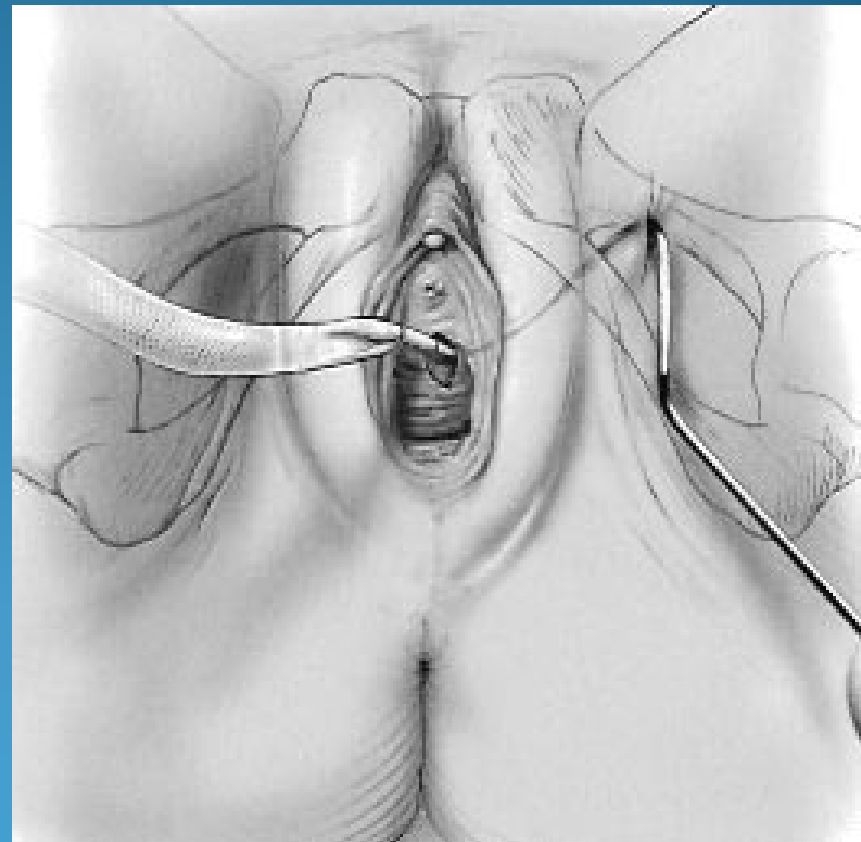
Roumeguere et al. SBU 2004

Minaglia et al. Urology 2004

De Tayrac et al. AJOG 2004

Game et al. J Urol 2004

- TOT



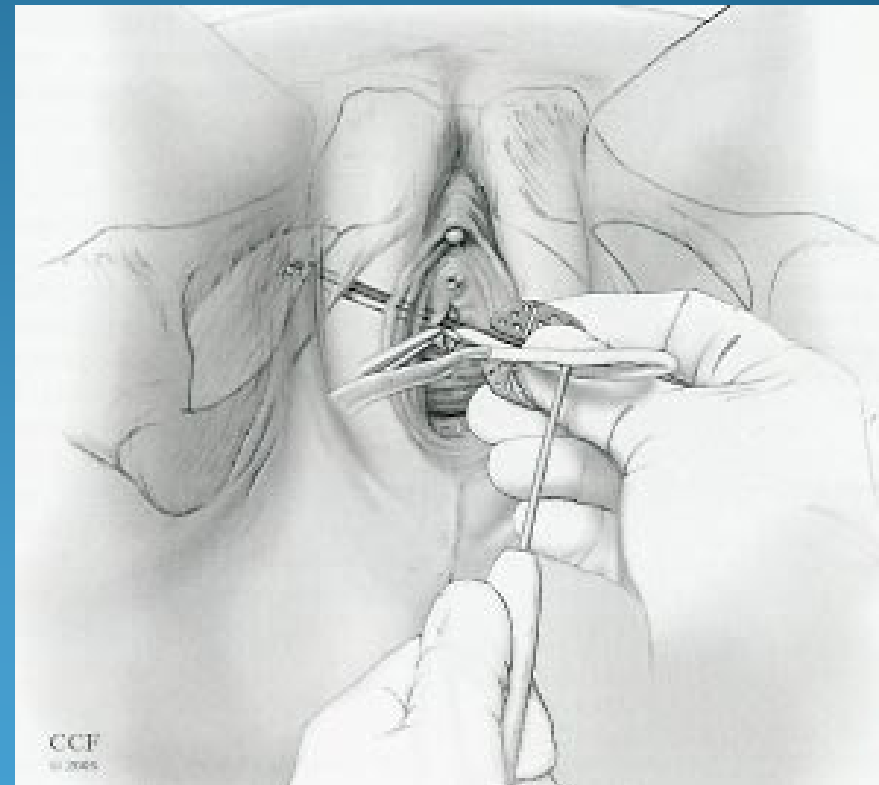
Ostergard's
Urogynecology and pelvic floor dysfunction

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via trans-obturadora

- Inside - out
- Jean Leval 2003
- Procedimento: duração 7 – 15 mn
- Ambulatório
- 3 – 5 dias recuperação
- Evita espaço retro-púbico
- Não necessita cistoscopia
- Complicações:
 - Dôr na coxa 1 – 7 dias 30%
 - Hemorragia: 3%

- TVTO



Ostergard's
Urogynecology and pelvic floor dysfunction

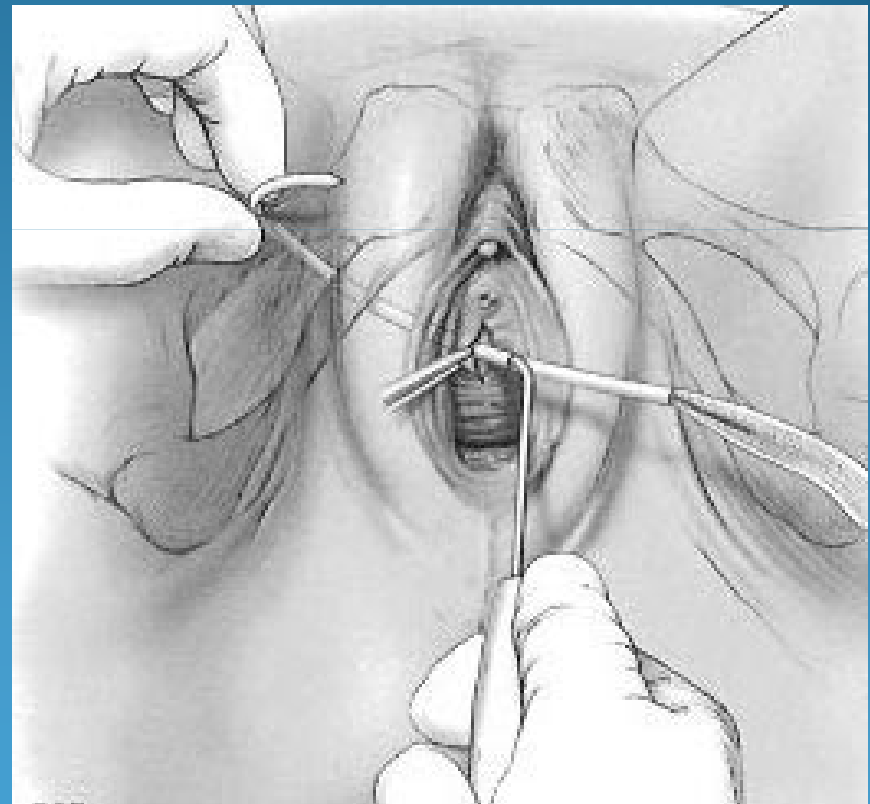
TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sling via trans-obturadora 59.79

- Inside - out
- TVTO

SONDA CÂNULA

- Permite introdução e a passagem do dispositivo com exactidão (2)
- Evita introdução do dedo
- Mínima dissecção, previne risco deslocação de rede
- Zona de risco sob controlo visual
- Previne risco perfuração da bexiga



Ostergard's
Urogynecology and pelvic floor dysfunction

TRATAMENTO CIRÚRGICO

Cirurgia IUE: Perspectiva Actual



Adjust

Nedeless

MINI ArcTM

TVT Secur

Mini Slings da uretra média

- minimamente invasivos

- curto caminho intra-corpóreo

TRATAMENTO CIRÚRGICO

MiniSling 59.79



Minimamente invasiva

- ✎ Eliminação de incisões externas
- ✎ Eliminação de malha lateral ao obturador
- ✎ Eliminação de risco de lesões viscerais



Procedimento de curta duração (<cir,< an,)



- ▣ Técnica simples, de baixa morbidade
- ▣ Eficácia demonstrada^{1,2}
- ▣ Utiliza materiais com provas dadas^{1,3}
- ▣ Trajectória sling segura^{1,2}

¹ "A multi-center randomized clinical control trial comparing the retropubic approach vs the transobturator approach for tension free suburethral sling Treatment for urodynamic stress incontinence: The TORP Study, Barry et al, *Int Urogynecol J*, 2007.

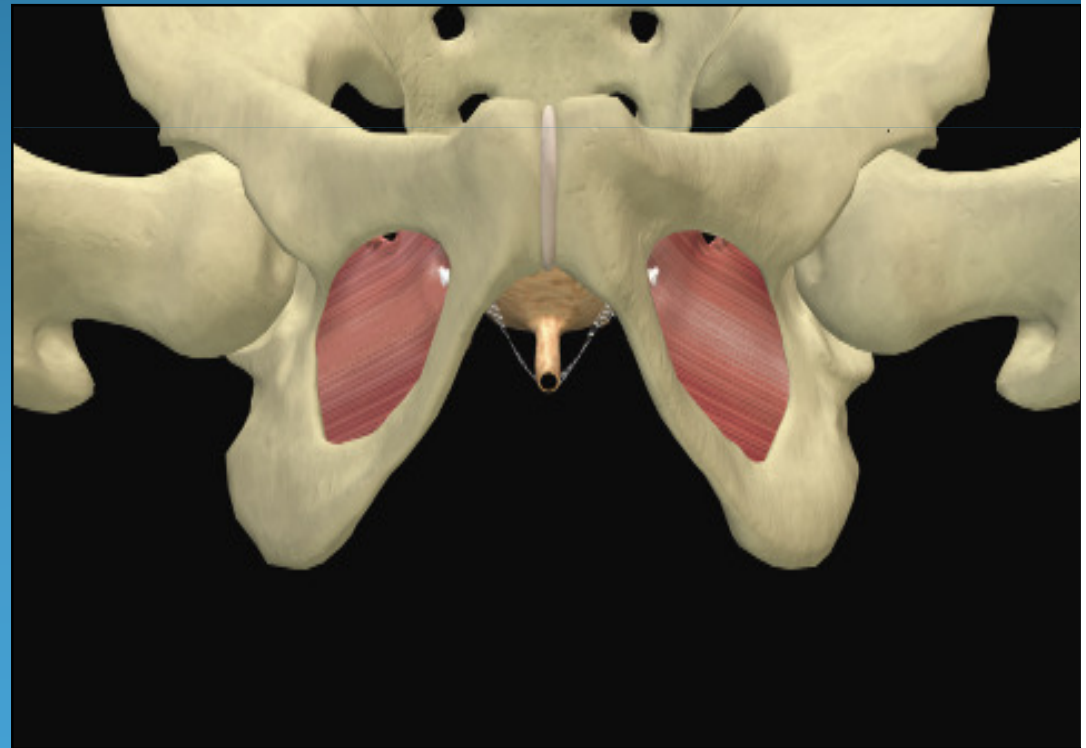
² "Transobturator Tape compared with TVT for the Treatment of SUI: A Randomized Controlled Trial, Barber et al, *Obstetrics & Gynecology*, Mar 2008.

³ "In vivo comparison of suburethral sling materials", *Int J Urogyn*, Slack, M. et al.

TRATAMENTO CIRÚRGICO

MiniSling

- ▣ Procedimento: duração 3 - 7 mn
- ▣ **Ambulatório**
- ▣ Anestesia local
- ▣ 2 - 4 dias recuperação
- ▣ Evita espaço retro-púbico
- ▣ Não necessita cistoscopia
- ▣ Ausência de dor raiz da coxa



Michael Kennelly, M.D.; Dirk DeRidder M.D.; and Steven Siegel, M.D.
As presented at ICS 2008, Cairo, Egypt

TRATAMENTO CIRÚRGICO

☞ Resultados clínicos precoces sugerem:

- Colocação do sling realizada em trajecto seguro
 - Taxa de complicações baixa (perda sanguínea mínima)
- Eficácia
 - 94% taxa de sucesso aos 6 meses
 - Utiliza rede com provas dadas e mesma trajectória do obturador
- Benefício para médicos e doentes
 - Estadia curta e facilitada
 - Dôr no pós-operatório mínima
 - Tempo de recuperação mínimo
 - Grande satisfação das pacientes

PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

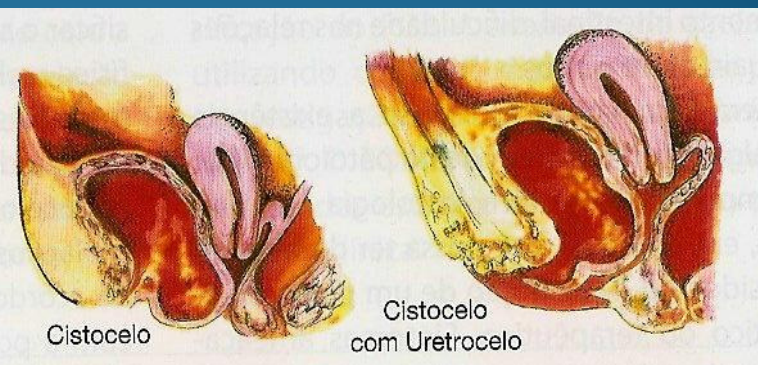
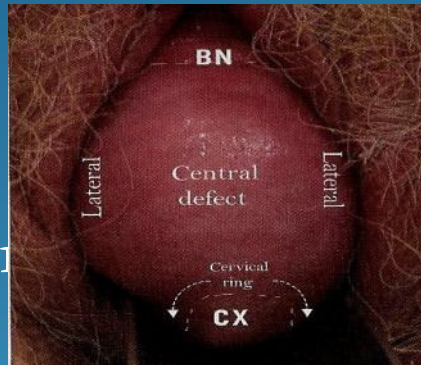
- A perda de suporte muscular e dos ligamentos do pavimento pélvico podem originar o abaulamento e descida das paredes vaginais com herniação e POP

Compartimento anterior:

Cistocelo/uretrocistocelo:

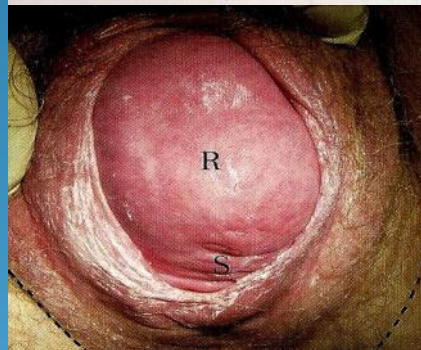
618.01/618.09

- defeito central, 618.01
- paravaginal 618.02
- combinado),



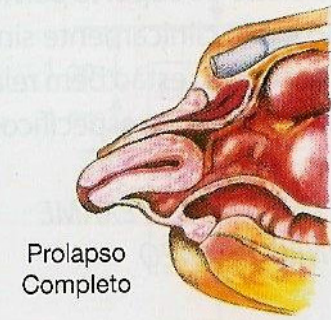
Compartimento posterior:

- rectocelo 618.04
- enterocelo 618.6



Compartimento intermédio:

- útero 618.1 ou
- cúpula (pós HT) 618.5

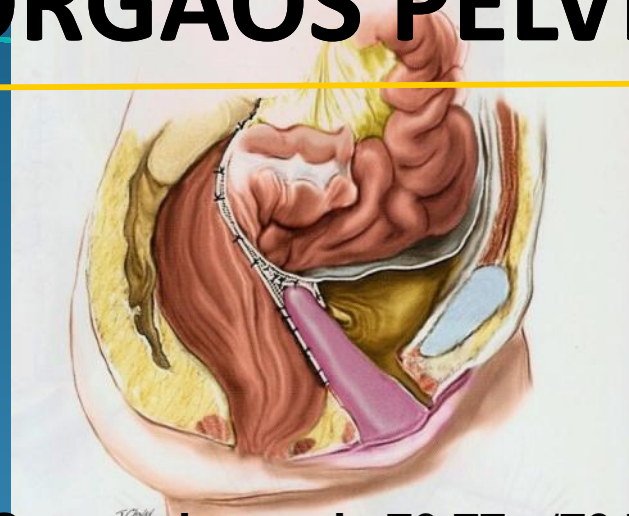


PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

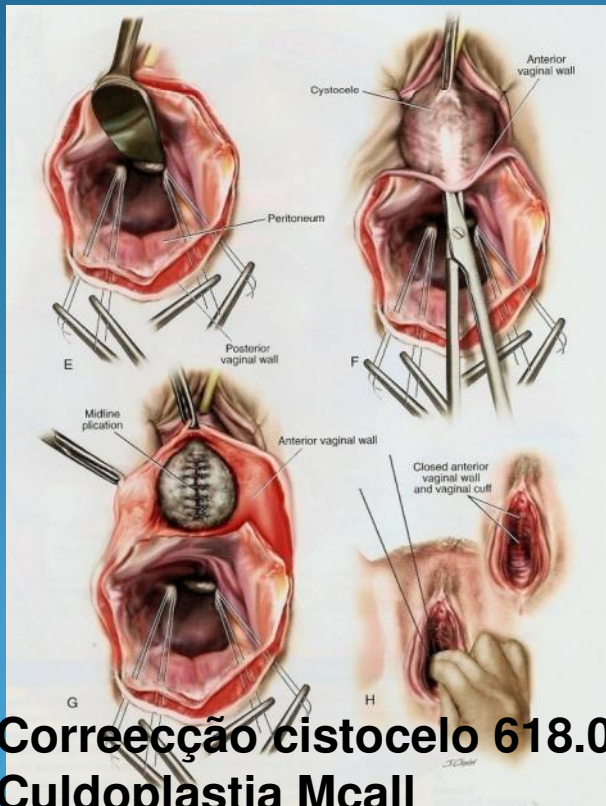
Use additional code:

70.94 insertion of biological graft

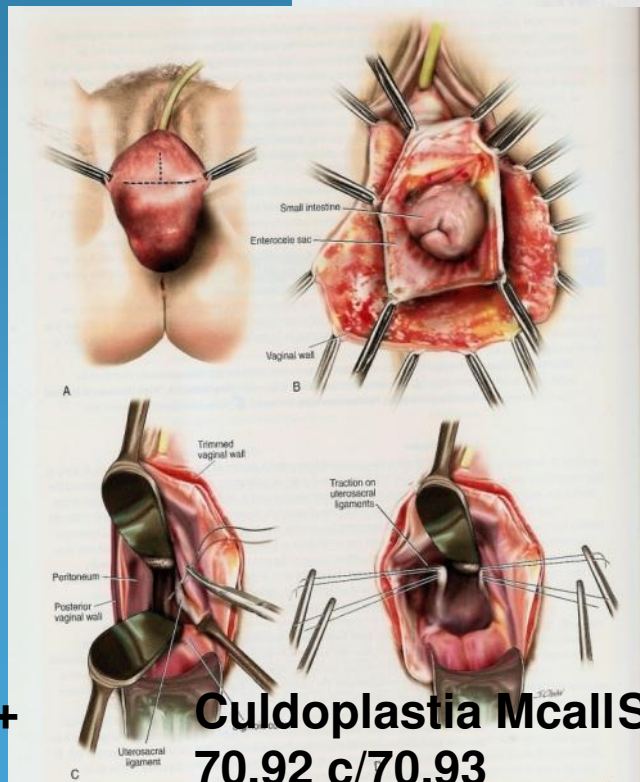
70.95 insertion of synthetic graft or prosthesis



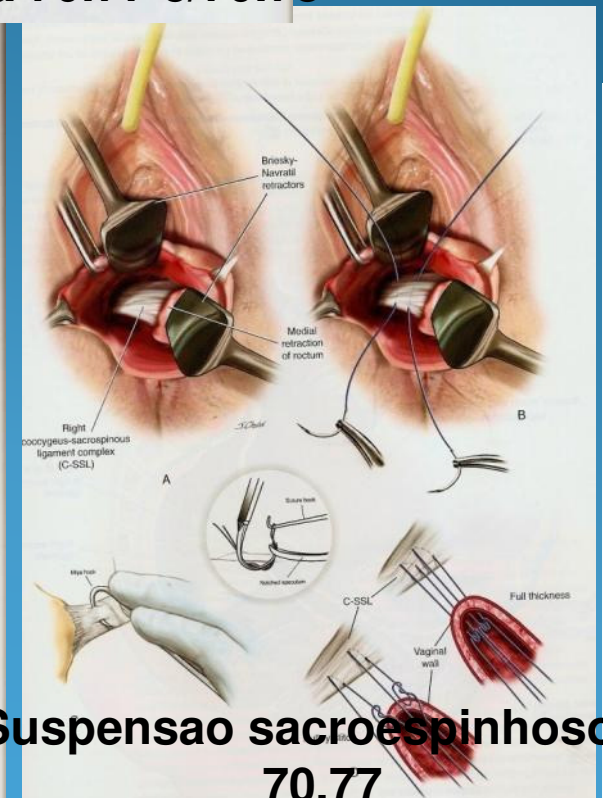
Sacrocolpopexia 70.77 c/70.78



**Correção cistocelo 618.01+
Culdoplastia Mcall**

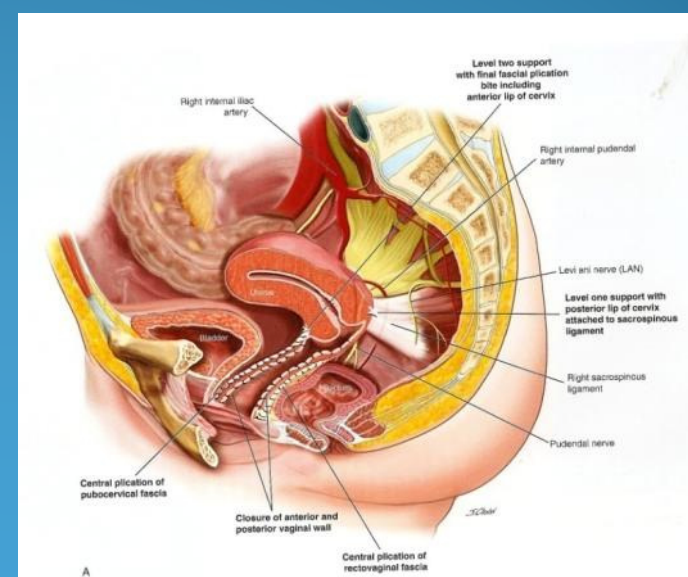
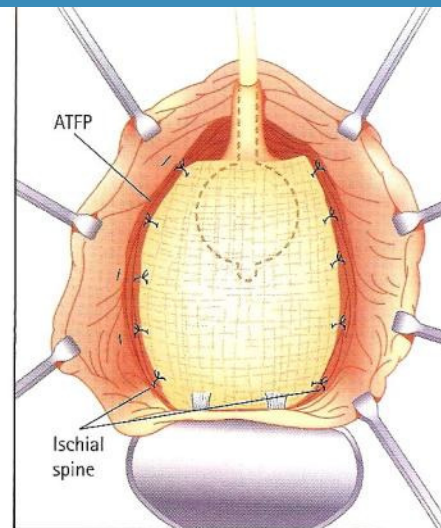
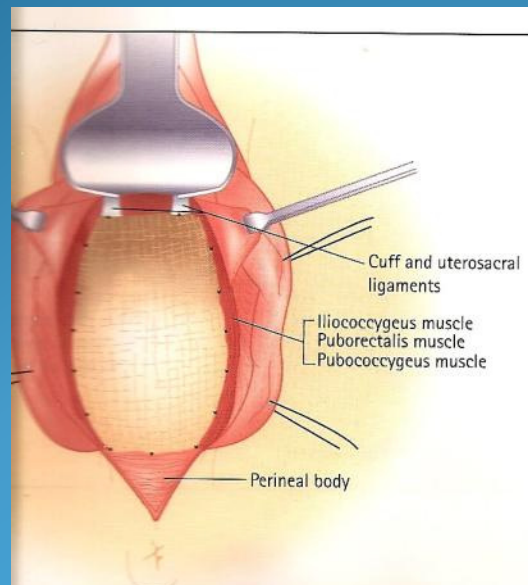
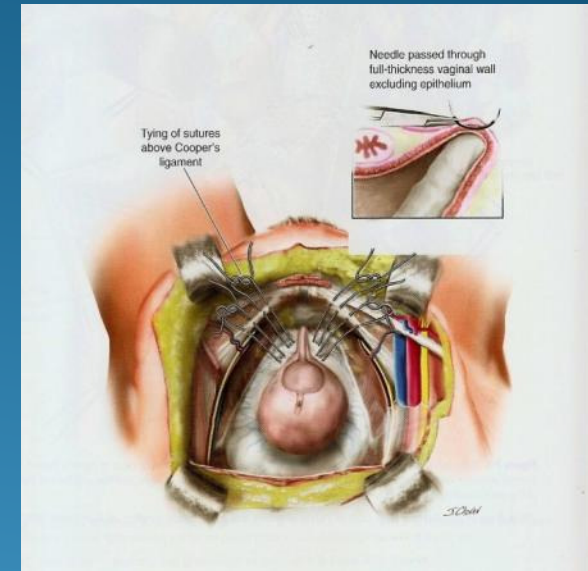
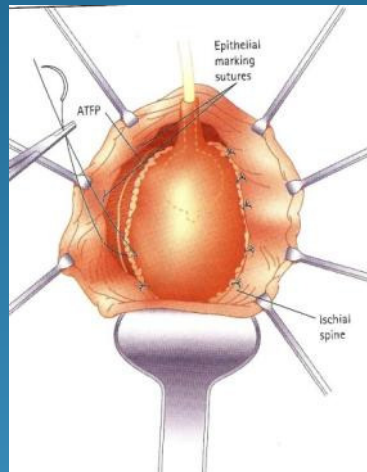
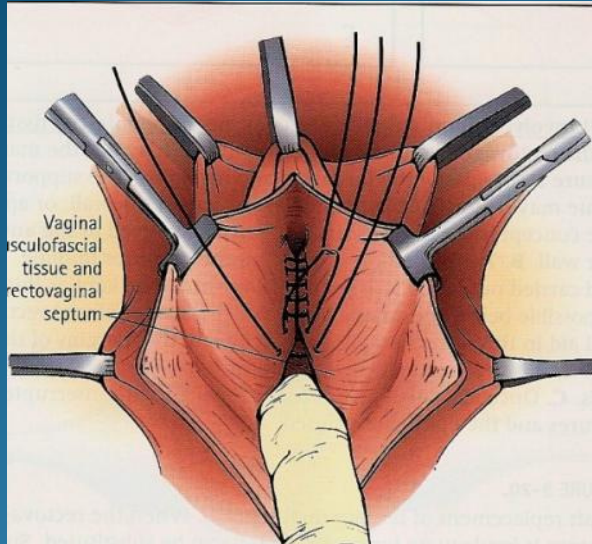


**Culdoplastia Mcall Suspensão sacroespinhosa
70.92 c/70.93**



70.77

PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS



PROLAPSO DOS ÓRGÃOS PÉLVICOS

Prolapso da parede vaginal anterior		
Colporrafia anterior	59.3	Plicatura mediana da fáscia endopélvica da parede vaginal anterior
Correcção do defeito paravaginal	70.51	Suspensão da parede vaginal lateral à fáscia do arco tendíneo (via abdominal ou via vaginal)
Prolapso da parede vaginal posterior		
Colporrafia posterior tradicional	70.52	Plicatura mediana da fáscia endopélvica da parede vaginal posterior
Correcção posterior sítio-específico		Identificação e correcção dos defeitos específicos na fáscia rectovaginal
Correcção transanal		Mucosa rectal separada e plicatura do septo rectovaginal através do lado rectal
Prolapso apical (uterino ou cúpula vaginal)		
Sacrocolpopexia	70.77; c 70.78	Fixação vaginal através de material de suspensão-rede (preferencialmente um braço anterior e outro posterior de rede sintética) ao ligamento longitudinal anterior do sacro
Sacrocolpoperineopexia	70.8	A mesma técnica da sacrocolpopexia, excepto que o braço da rede estende-se ao corpo perineal
Técnicas de suspensão apical transvaginal		
Fixação à fáscia ileococcígea	70.77	Um procedimento vaginal extraperitoneal que suspende o ápex vaginal à fáscia que recobre os músculos ileococcígeos bilateralmente
Miorrafia dos MEA com plicatura apical		Extensa plicatura mediana dos MEA com fixação da cúpula vaginal
Culdoplastia Mayo	70.8	Uma modificação da culdoplastia McCall que suspende o ápex vaginal aos ligamentos utero-sagrados plicados
Suspensão ao ligamento sacroespinhoso	70.8	Suspensão do ápex vaginal ao ligamento sacroespinhoso uni ou bilateralmente, tipicamente usando uma abordagem extraperitoreal
Suspensão ao ligamento uterossagrado	70.77	Procedimento vaginal intraperitoneal que suspende o ápex vaginal aos ligamentos uterossagrados
Cirurgia obliterativa		Descrição
Qualquer prolapso		
Colpoclese	70.8	Encerramento da vagina após remoção da maior parte (parcial) ou total (completa) da mucosa vaginal

Retocelo 70.52; enterocelo 70.92